PARTIE PRATIQUE :

QUESTION 1 :

{A c anti TPO}
{A c anti Tg.}

Quel est le bilan minimal à faire devant un goitre ?

- Interrogatoire et examen clinique
- TSH.
- Echographie thyroïdienne. si nodule T : ajouter TCT.

QUESTION 2 :

Citer 4 étiologies endocriniennes de l'HTA (HTA endocrine)?

- Hyperthyroïdie.
- Phéochromocytome. corticosurrénalome - hyper Aldo I aire (adénome de conn).
  ↓ cause la plus fréquente
  VMS : hypo Kaliémie
- Hypothyroïdie.
- Hyper para T.
- Acromégalie - S de cushing-

QUSETION 3 :

Intérêt du calcul de l'IPS (indice de pression systolique) chez le diabétique ?

- Dépistage de L'AOMI.

< 0.9 : AOMI
0.9 → 1.3 :
> 1.3 : média calcose → demander un doppler

QUESTION 4 :

A / Quel est le bilan biologique standard d'orientation vers l'hyperaldostéronisme primaire ?

- ionogramme sanguin (hypoKaliémie) 50%.

B / Quel est le bilan hormonal à réaliser?

- Dosage de l'aldostérone + Rénine puis calculer le rapport.
- aldo ↑ et Rénine basse le rapport ↑ (ds des conditions favorable.
-

QUESTION 5 :

Citez 2 manifestations urogénitales de la neuropathie végétative (chez le diabétique) ?

- TA erectile.
- Vessie neurologique

QUESTION 6 :

Citez les principes de prise en charge d'une céto-acidose diabétique ?

-
-
-
-
-

QUESTION 7 :

Concernant les lipodystrophies du patient diabétique insulinisé

Définition ?

Modification s'cut du tissu graisseux suite à l'injection d'insuline au m endroit qui peut hyper ou atrophique.

Retentissement sur l'équilibre du diabète ?

hyperglycemie ds la post prandial précoce + à la gastroparésie.
puis hypo ds la post prandial tardive.

Prévention ?

- changement des sites d'injection.
- " des aiguilles

CAS CLINIQUE :

Patiente âgée de 25 ans secrétaire de profession, consulte pour un amaigrissement de 5 Kg en 3 mois, une asthénie, des palpitations, sueurs importantes et anxiété.

Sans antécédents personnels particuliers, mère suivie pour maladie caeliaque.

L'examen clinique est sans particularités hormis un goitre modéré et un vitiligo.

Question 1.

- Quel est le dg probable que vous evoquez devant ce tableau clinique. argumentez.

Hyperthyroidie AI. par très probable Mdie de Basedow.

- S de Hyp : toxicose : amorcée.
- age - ♀ - argument de fréquence - terrain personnel et familial

Question 2 :

- Quelle est l'autre atteinte à rechercher à l'examen clinique
- ophtalmo... pathie dysthyroidienne

hyper T ↗ ; ♀ jeune ; ophtal ; goitre } = Mdie de Basedow

Question 3 :

- Quel est le mecanisme physiopathologique de cette pathologie evoquée en question 1.
- Mdie auto-immune.
- Ac anti Recep de la TSH. (Ac stimulant).

Question 4 :

- Quel est le bilan biologique hormonal à demander pour confor. ... notre diagnostic ?

— TSH . FT4 - FT3 .
— Ac anti ~~TG~~ recepteur de la TSH.
— Ac anti TPO et anti TG

Question 5 :
(ACFA) - quel est le bilan morphologique à demander.
- ECG - Echographie cervicale - Scintigraphie thyroïdienne -

Question 6 :
- Quel est le trt initial non spécifique (symptomatique) et spécifique à proposer à cette patiente.

A - Repos et arrêt de travail. 15 à 1 mois
Contraception.
Anxiolytique. (Benzodiazépine).
B. B non cardiosélectif si pas de CI.
avlocardyl 1/2 cp x2/j.

} pdt 1 mois

B -
carbimazol (antithyroïdien de synthèse) → imidazol
→ thio uracyl. (Basdène).
. dose d'attaque puis dose d'entretien. (1 année à 18 mois). prise ... contrôle
- surveillance de l'agranulocytose immuno-allergique (FNS / 1... les 2 mois)

Question 7 :
- Quel est la fréquence des rechutes au cours de cette pathologie

- 50% des personnes rechutent

Question 8 :
- quels sont les trt radicaux à proposer en cas de récidive

- Iratherapie (10 à 15 mcI)
- Chirurgie (totale).

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE

EXAMEN D'ENDOCRINOLOGIE/ 3 éme GROUPE

LE : [redacted]

Durée : 1H30 (09H00 – 10H30)

NOM : PRENOM :

NOTE THEORIQUE : NOTE PRATIQUE :

PARTIE THEORIQUE :

QUESTION 1 :

Concernant les critères diagnostiques du diabète sucré: Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Glycémie plasmatique à jeun à 2 reprises ≥1,26 g/L
B- Une glycémie plasmatique aléatoire (n'importe quel moment de la journée) ≥ 2 g/L associée à des signes cliniques d'hyperglycémie
C- Glycémie plasmatique à 2 h ≥ 1.4 g/L au cours d'une HGPO (75 g de glucose)
D- HbA1c ≥ 6.5% (hémoglobine glyquée)
E- Toutes les réponses sont justes.

QUESTION 2 :

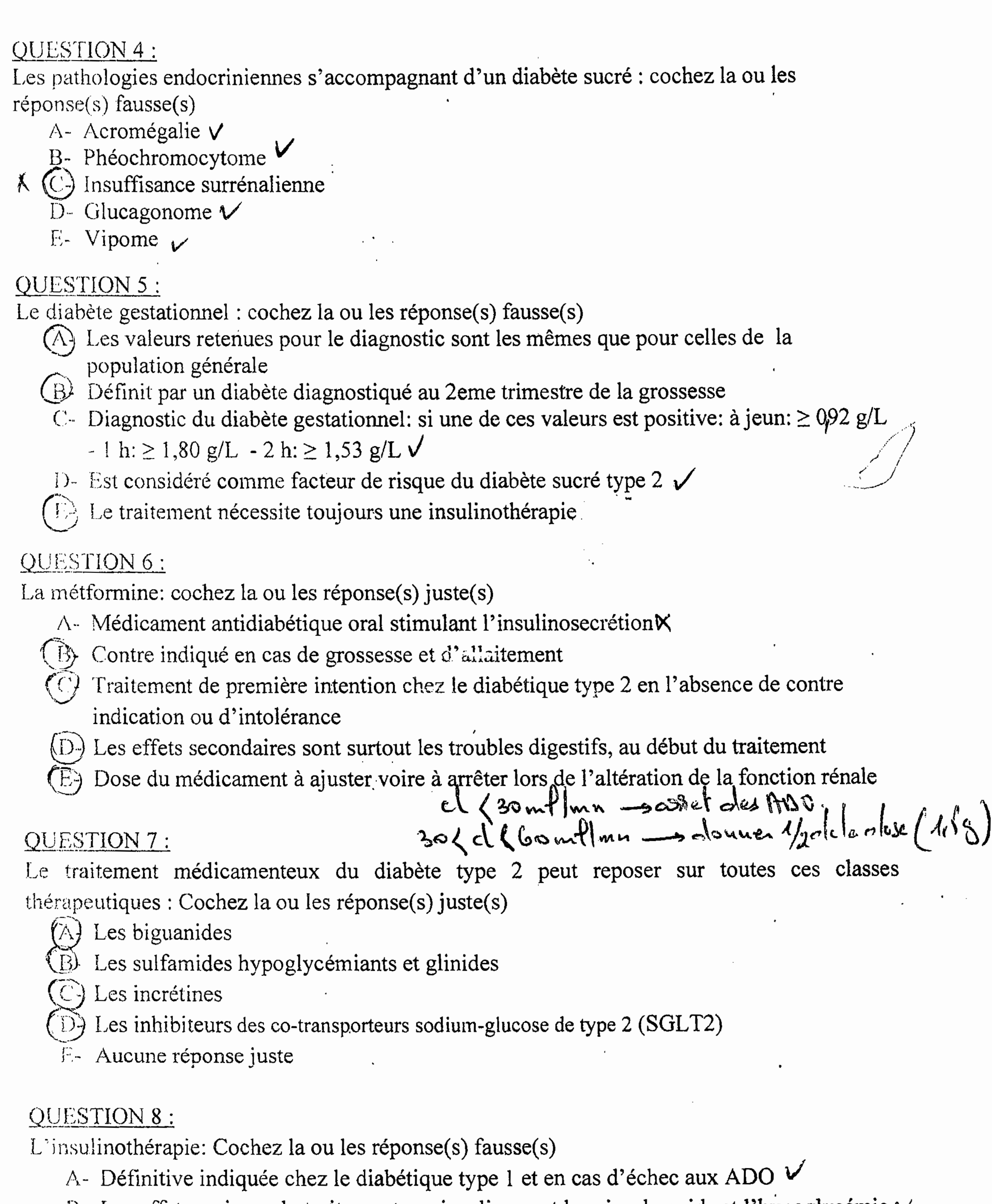
A propos du diabète type 1 : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Représente environ 85% des diabètes
B- Physiopathologie auto-immune
C- Le traitement médicamenteux repose sur les sulfamides hypoglycémiants
D- Le début est le plus souvent insidieux
E- Souvent au moment du diagnostic sont retrouvées les complications dégénératives

QUESTION 3 :

Cochez la ou les réponse(s) juste(s) concernant le diabète type 2 :

A- Une forme rare du diabète sucré
B- Deux principaux mécanismes physiopathologiques sont incriminés: anomalies de l'insulino-sécrétion et de l'insulinorésistance
C- Le début est souvent brutal par une cétose diabétique
D- Le traitement repose sur une insulinothérapie d'emblée
E- Associé fréquemment à des pathologies auto-immunes



QUESTION 4 :

Les pathologies endocriniennes s'accompagnant d'un diabète sucré : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Acromégalie ✓
- B- Phéochromocytome ✓
- C- Insuffisance surrénalienne
- D- Glucagonome ✓
- E- Vipome ✓

QUESTION 5 :

Le diabète gestationnel : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Les valeurs retenues pour le diagnostic sont les mêmes que pour celles de la population générale
- B- Définit par un diabète diagnostiqué au 2eme trimestre de la grossesse
- C- Diagnostic du diabète gestationnel: si une de ces valeurs est positive: à jeun: ≥ 0,92 g/L - 1 h: ≥ 1,80 g/L - 2 h: ≥ 1,53 g/L ✓
- D- Est considéré comme facteur de risque du diabète sucré type 2 ✓
- E- Le traitement nécessite toujours une insulinothérapie

QUESTION 6 :

La métformine: cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Médicament antidiabétique oral stimulant l'insulinosecrétion ✗
- B- Contre indiqué en cas de grossesse et d'allaitement
- C- Traitement de première intention chez le diabétique type 2 en l'absence de contre indication ou d'intolérance
- D- Les effets secondaires sont surtout les troubles digestifs, au début du traitement
- E- Dose du médicament à ajuster voire à arrêter lors de l'altération de la fonction rénale

cl < 30ml/mn → arrêt des ADO.
30 < cl < 60ml/mn → donner 1/2 de la dose (1,5g)

QUESTION 7 :

Le traitement médicamenteux du diabète type 2 peut reposer sur toutes ces classes thérapeutiques : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Les biguanides
- B- Les sulfamides hypoglycémiants et glinides
- C- Les incrétines
- D- Les inhibiteurs des co-transporteurs sodium-glucose de type 2 (SGLT2)
- E- Aucune réponse juste

QUESTION 8 :

L'insulinothérapie: Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Définitive indiquée chez le diabétique type 1 et en cas d'échec aux ADO ✓
- B- Les effets majeurs du traitement par insuline sont la prise de poids et l'hypoglycémie ✓
- C- Ne pas changer de sites d'injection d'insuline afin de prévenir les lipodystrophies ✗
- D- Les objectifs glycémiques à jeun, glycémies post prandiales sont les mêmes chez tous les patients ✗
- E- L'insulinothérapie est contre indiqué en cas d'insuffisance rénale ✗

QUESTION 09 :

Le cancer papillaire de la thyroïde : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Est le plus rare des cancers de la thyroïde

B- Les métastases de ce cancer sont surtout ganglionnaires

C- Est de mauvais pronostic comparant au vésiculaire

D- Le traitement par la levothyroxine en post opératoire est à but seulement substitutif

E- L'irathérapie est un traitement souvent complémentaire de la thyroïdectomie totale

QUESTION 10 :

L'hirsutisme : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Est le principal signe révélateur de l'hyperandrogénie

B- Le SOPK est la cause la plus fréquente d'hirsutisme

C- En présence de signe de virilisation il faudrait rechercher une cause tumorale

D- Parmi les causes ovariennes on trouve l'hyperplasie congénitale des surrénales

E- Le traitement est surtout étiologique quand il est possible

QUESTION 11 :

Le syndrome de cushing : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- La prise du poids est un symptôme rare, et est de répartition gynoïde

B- Les signes cataboliques sont très spécifiques du syndrome de cushing

C- Les vergetures sont fines blanchâtres

D- Le diagnostic de certitude basé sur le dosage du cortisol après freinage minute

E- Le diagnostic étiologique se fait grâce au dosage de l'ACTH

QUESTION 12 :

Les adénomes hypophysaires : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Les adénomes sécrétants les plus fréquents sont : l'adénome lactotrope et l'adénome somatotrope

B- Devant un macroadénome il faut rechercher systématiquement un syndrome tumoral : hypertension intracranienne, troubles visuels

C- Lors de l'exploration hormonale d'un macroadénome hypophysaire il faudrait rechercher uniquement l'insuffisance antéhypophysaire

D- Le traitement de première intention de l'adénome corticotrope est chirurgical

E- Le traitement de première intention d'un adénome lactotrope est chirurgical

QUESTION 13 :

Concernant l'hyperprolactinémie : Cochez la ou les réponses justes

A- Peut s'accompagner chez la femme d'une : aménorrhée galactorrhée

B- Chez l'homme la galactorrhée est pathognomonique mais rare

C- Toujours la confirmer par un autre dosage dans un autre laboratoire

D- Un taux de prolactine supérieur à 200 ng / ml est en faveur d'un macroprolactinome

E- Le traitement de première intention du macoprolctinome est chirurgical

QUESTION 14 :

L'hyperparathyroïdie primaire : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Correspond à une sécrétion de la PTH inappropriée à la calcémie ✓
- B- La cause la plus fréquente est l'adénome parathyroïdien ✓
- C- Elle peut s'intégrer dans le cadre de néoplasies endocriniennes multiples ✓
- D- Le bilan de localisation repose essentiellement sur l'échographie et la scintigraphie parathyroïdiennes
- E- Le traitement chirurgical est l'adénomectomie si nodule parathyroïdien unique

QUESTION 15 :

L'hyperthyroïdie : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Est suspectée devant une symptomatologie de thyrotoxicose associant : une asthénie, une tachycardie, un amaigrissement, une thérmophobie ✓
- B- Dans l'hyperthyroïdie franche la TSH est basse et FT4 et/ou FT3 élevées ✓
- C- La crise aigue thyrotoxique est une complication très ~~fréquente~~ rare de l'hyperthyroïdie ✗
- D- La maladie de Basedow est la cause la plus fréquente de l'hyperthyroïdie ✓
- E- Lors du traitement par les antithyroïdiens de synthèse il faut dépister une éventuelle agranulocytose par la surveillance de la FNS ✓

QUESTION 16 :

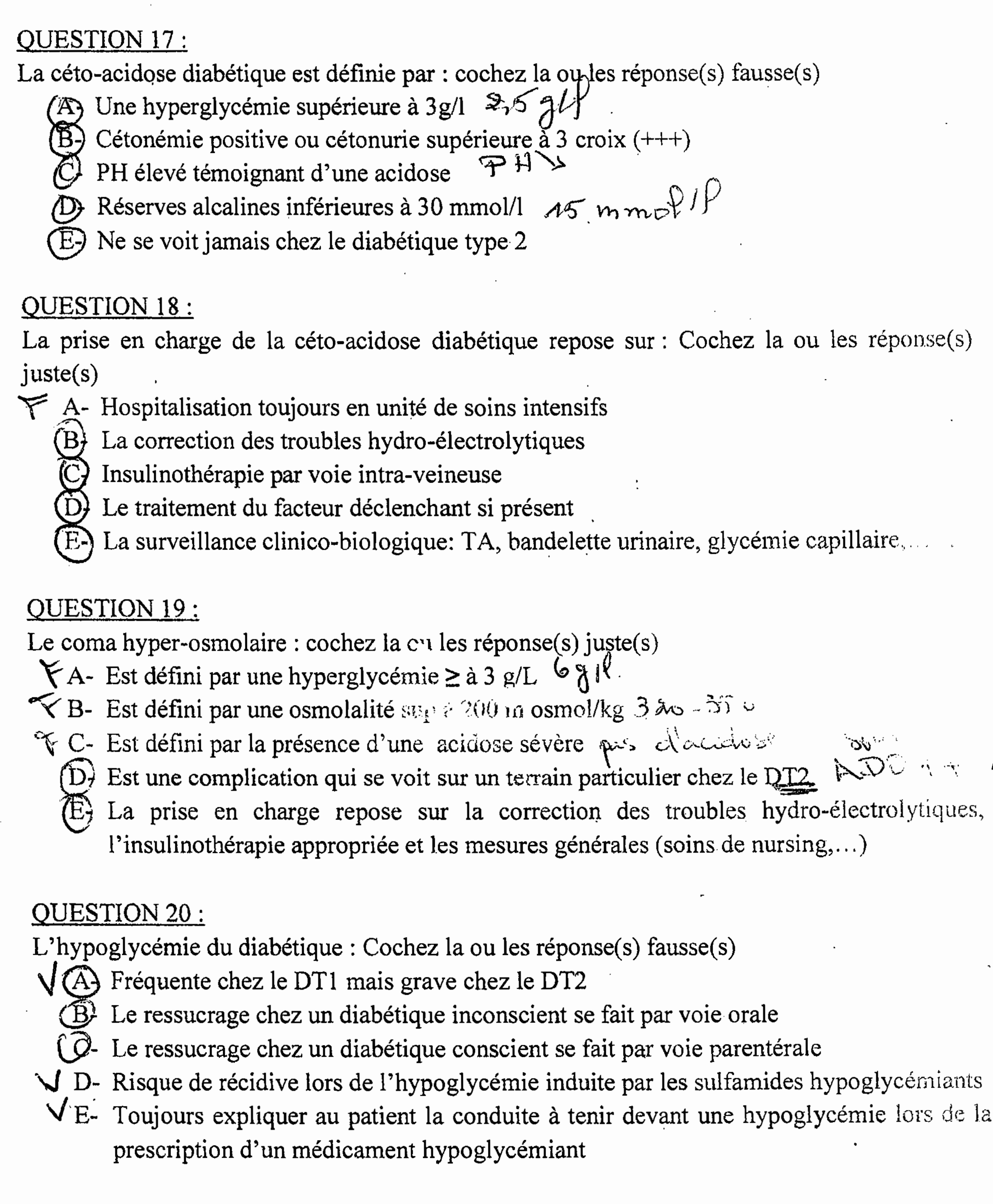
Le syndrome de Klinefelter : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- S'accompagne d'un hypogonadisme hypergonadotrpe
- B- S'accompagne d'un hypogonadisme hypogonadotrpe
- C- Peut s'accompagner d'une grande taille, macroskélie, troubles du comportement
- D- Les testicules sont souvent de petit volume, fermes
- E- La formule chromosomique la plus fréquente lors de l'analyse du caryotype est : 47XXY

QCM 14 : - NEM 1 : - HPTP +
- Adenome hypophysaire +
- Tm endocrienne : pancreas - duodenum - estomac

- NEM 2A : - HPTP +
- Pheochromocytome +
- CMT.

2B : - CMT +
- Pheochromocytome +
- Ganglioneuromatose +
- S de dysmorphique marfanoïde.



QUESTION 17 :

La céto-acidose diabétique est définie par : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Une hyperglycémie supérieure à 3g/l
- B- Cétonémie positive ou cétonurie supérieure à 3 croix (+++)
- C- PH élevé témoignant d'une acidose
- D- Réserves alcalines inférieures à 30 mmol/l
- E- Ne se voit jamais chez le diabétique type 2

QUESTION 18 :

La prise en charge de la céto-acidose diabétique repose sur : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Hospitalisation toujours en unité de soins intensifs
- B- La correction des troubles hydro-électrolytiques
- C- Insulinothérapie par voie intra-veineuse
- D- Le traitement du facteur déclenchant si présent
- E- La surveillance clinico-biologique: TA, bandelette urinaire, glycémie capillaire,…

QUESTION 19 :

Le coma hyper-osmolaire : cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Est défini par une hyperglycémie ≥ à 3 g/L
- B- Est défini par une osmolalité sup à 200 m osmol/kg
- C- Est défini par la présence d'une acidose sévère
- D- Est une complication qui se voit sur un terrain particulier chez le DT2
- E- La prise en charge repose sur la correction des troubles hydro-électrolytiques, l'insulinothérapie appropriée et les mesures générales (soins de nursing,…)

QUESTION 20 :

L'hypoglycémie du diabétique : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Fréquente chez le DT1 mais grave chez le DT2
- B- Le ressucrage chez un diabétique inconscient se fait par voie orale
- C- Le ressucrage chez un diabétique conscient se fait par voie parentérale
- D- Risque de récidive lors de l'hypoglycémie induite par les sulfamides hypoglycémiants
- E- Toujours expliquer au patient la conduite à tenir devant une hypoglycémie lors de la prescription d'un médicament hypoglycémiant

QUESTION 21 :

Cochez la ou les anomalie(s) biologique(s) retrouvée(s) au cours de l'hypothyroïdie :

- A- Une anémie normocytaire et normochrome
- B- Hypercholestérolémie en cas d'hypothyroïdie patente
- C- Augmentation des enzymes musculaires (CPK) par infiltration des fibres musculaires.
- D- Hyponatrémie de dilution.
- E- Polyglobulie

QUESTION 22 :

L'insuffisance surrénalienne : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- La présence d'une mélanodermie oriente vers le diagnostic de l'insuffisance surrénalienne primaire

B- L'insuffisance surrénalienne aigue est une extrême urgence thérapeutique

C- Lors du traitement d'une insuffisance surrénalienne centrale (corticotrope) la supplémentation en minéralocorticoides est indispensable

D- La symptomatologie d'une insuffisance surrénalienne chronique associe une hypertension artérielle, asthénie, amaigrissement ↓ tension

E- L'éducation thérapeutique est un élément indispensable dans la prise en charge

QUESTION 23 :

L'hypocalcémie : Cocher la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Tableau clinico-biologique définit par une calcémie < 85mg/l

B- La prise en charge repose principalement sur une supplémentation calcique et en vitamine D ou ses dérivés

C- La chirurgie thyroïdienne et/ou parathyroïdienne est une cause classique de l'hypoparathyroïdie

D- L'hypoparathyroïdie auto-immune peut rentrer dans le cadre de poly-endocrinopathie auto-immune (PEA) I

E- Aucune réponse juste

QUESTION 24 :

Le diabète insipide : Cochez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Se manifeste par un syndrome polyuro-polydipsique avec urines hyperosmolaires hypo

B- L'IRM hypothalamo-hypophysaire est réalisée en première intention lors de l'enquête étiologique du diabète insipide

C- Lors du diabète insipide central y'a l'absence de l'hypersignal spontané de la post hypophyse

D- L'hypercalcémie, l'hypokaliémie peuvent s'accompagner d'un diabète insipide néphrogénique

E- La prise en charge de la potomanie repose sur l'épreuve de déconditionnement

- PEA 1 : - hypoparathyroïdie + I. surr

- PEA 2 : S. de Shmidt : - hypothyroïdie +
- I. surr.

PARTIE PRATIQUE :

QUESTION 1:

Les éléments du bilan minimal d'exploration d'un goitre (diffus ou nodulaire) : cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Interrogatoire et examen clinique ✓
- B- Dosage de la TSH plasmatique ✓
- C- Toujours doser la FT4 et FT3
- D- Echographie thyroïdienne ✓
- E- Cytoponction thyroïdienne
- F- Scintigraphie thyroïdienne

QUESTION 2 :

L'hypothyroïdie : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- L'hypothyroïdie congénitale est une urgence thérapeutique
- B- Le traitement même précoce de l'hypothyroïdie congénitale ne permet pas d'améliorer la qualité du développement psychomoteur
- C- Au cours de la grossesse peut avoir a un retentissement maternel et fœtal
- D- La TSH au cours de la grossesse doit être idéalement inférieure à 2.5 microui/ml
- E- Le dépistage de l'hypothyroïdie néonatale se fait à J15 de vie

QUESTION 3:

Concernant le corticosurrénalome : cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Tumeur bénigne se développant à partir de la corticosurrénale
- B- Peut être secrétant ou non secrétant
- C- Le diagnostic est souvent fait devant un syndrome douloureux abdominal (effet de masse)
- D- Le scanner montre souvent des tumeurs de petite taille
- E- Le traitement est le plus souvent chirurgical quand il est possible

QUESTION 4:

Les causes de l'HTA endocrinienne : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Syndrome de cushing
- B- Hyperaldostéronisme primaire
- C- Hypothyroïdie
- D- Hyperthyroïdie
- E- Insuffisance surrénalienne

QUESTION 5 :

L'hyperaldostéronisme primaire : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- S'accompagne souvent d'une hyperkaliémie
- B- L'HTA est le plus souvent résistante au traitement
- C- S'accompagne d'une aldostéronémie et réninémie élevées
- D- Les causes classiques sont l'adénome de conn et l'hyperplasie de la glomérulée surrénalienne
- E- La prise en charge chirurgicale peut dans certains cas guérir l'HTA

QUESTION 6 :

Le phéochromocytome : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Tumeur toujours bénigne de la médullosurrénale
- B- La triade caractéristique est la triade de Ménard
- C- Le diagnostic positif repose sur le dosage des dérivés méthoxylés
- D- La prise en charge est chirurgicale
- E- Ne s'intègre pas dans le cadre de néoplasie endocrinienne multiple

QUESTION 7 :

L'Aménorrhée : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Est définie par l'absence de cycles menstruels après l'âge de 16 ans avec ou sans développement pubertaire
- B- Devant une aménorrhée il faut toujours éliminer une grossesse
- C- Peut avoir comme étiologie des pathologies endocriniennes
- D- Le bilan minimal à demander est le suivant : LH, FSH, HCG, E2, PRL
- E- Aucune réponse juste

QUESTION 8 :

La lipodystrophie : Cochez la ou le(s) réponses juste(s)

- A- Complication qui se voit chez le patient diabétique sous injections d'insuline
- B- Peut retentir sur l'équilibre du diabète
- C- Prévenue par le changement des sites d'injection de l'insuline
- D- Peut être atrophique ou hypertrophique
- E- Sa prise en charge repose notamment sur la mise au repos du site de la lipodystrophie

QUESTION 9 :

Le pied du patient diabétique : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

- A- Peut être neuropathique ou ischémique ou mixte (neuro-ischémique)
- B- L'éducation thérapeutique sur le pied peut prévenir les complications lourdes chez les patients à risque
- C- Les intertrigos inter-orteils doivent être recherchés systématiquement lors de l'examen des pieds
- D- Examen régulier de la sensibilité du pied pour dépister l'atteinte neuropathique
- E- La mesure de l'IPS permet le dépistage de l'AOMI

QUESTION 10 :

Le dépistage des complications dégénératives du diabète sucré : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

- A- Le dépistage d'une atteinte micro-angiopathique se fait après 5 ans d'évolution de diabète chez le DT1
- B- Se fait d'emblé lors du diabète de type 2
- C- Les principaux facteurs influençant l'apparition de ces complications sont : la qualité d'équilibre glycémique, la durée d'évolution du diabète
- D- Le dépistage de la rétinopathie diabétique se fait par la réalisation d'un examen ophtalmologique annuel
- E- Le dépistage de l'atteinte cardiaque se fait par la réalisation d'un ECG trimestriel



CAS CLINIQUE1 :
Une patiente âgée de 29 ans suivie pour une hypothyroïdie primaire auto-immune bien substituée sous lévothyroxine 75 ug/j, consulte pour un amaigrissement de 5 kg en 6 mois, asthénie s'accentuant au cours de la journée associée à des myalgies et arthralgies et une altération de l'état général
Examen clinique ; TA 09/06 cm Hg, peau bronzée notamment au niveau du visage.

QUESTION 1 :
Quel est le diagnostic suspecté :
- A- Insuffisance surrénalienne primaire
- B- Insuffisance surrénalienne secondaire
- C- Maladie neurologique
- D- Pathologie cardiaque
- E- Syndrome de cushing

QUESTION 2 :
Parmi les éléments suivants d'orientation vers le diagnostic évoqué cochez la ou les réponse(s) juste(s) :
- A- Contexte auto-immun (hypothyroïdie primaire)
- B- Amaigrissement
- C- Hypotension
- D- Hypertension
- E- Dépigmentation

QUESTION 3 :
Le ou les élément(s) biologique(s) d'orientation vers le diagnostic évoqué est /sont:
- A- Hyponatrémie
- B- Hypernatrémie
- C- Hypokaliémie
- D- Hpyperkaliémie
- E- Hypoglycémie

QUESTION 4 :
Le profil hormonal approprié au diagnostic évoqué est : cochez la ou les réponse(s) juste(s)
- A- Cortisol plasmatique bas
- B- Cortisol plasmatique élevé
- C- ACTH basse
- D- ACTH élevée
- E- Aldostérone basse

QUESTION 5 :
Le traitement repose sur le : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)
- A- Traitement hormonal substitutif
- B- Traitement chirurgical
- C- Traitement à vie
- D- Traitement transitoire
- E- éducation thérapeutique



CAS CLINIQUE 2:

Un jeune garçon âgé de 19 ans consulte aux urgences pour douleurs abdominales et vomissements associés à une altération de l'état général avec soif intense.

Dans ses antécédents personnels : rien de particulier

ATCDS familiaux : pas de notion de maladie chronique

A l interrogatoire : syndrome polyuro-polydipsique évoluant depuis 3 semaines, avec aggravation depuis 2 jours.

Une glycémie capillaire : 3.5g/l, la bandelette urinaire : Glucose :++, Corps cétoniques :++, protéines :-, Sang :-, nitrites :-

QUESTION 1 :

D'après les données de l'observation quel est le diagnostic à évoquer :

A- Céto-acidose diabétique J
B- Syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire F
C- Acidose lactique F
D- Acidose éthylique F

QUESTION 2 :

Les arguments en faveur de la pathologie sous jacente: cochez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Jeune âge
B- Cétonurie
C- Glycémie capillaire élevée
D- Antécédents de maladies auto-immunes
E- Surpoids et syndrome métabolique F

QUESTION 3 :

La prise en charge en urgence repose sur : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- La réhydratation
B- La rééquilibration hydro-électrolytique
C- L'insulinothérapie parentérale
D- La prise en charge ambulatoire F
E- La surveillance clinico-biologique

QUESTION 4 :

Dans ce contexte pathologique, ces pathologies seront recherchées : cochez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Hypothyroïdie auto-immune J
B- Insuffisance surrénalienne J
C- Maladie caeliaque J
D- Dyslipidémie et hyperuricémie F
E- Stéatose hépatique F

QUESTION 5 :

Le patient doit recevoir les informations suivantes : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Technique d'injection de l'insuline J
B- Conduite à tenir devant une hypoglycémie J
C- Conduite à tenir devant une hyperglycémie J
D- Sur l'auto-surveillance et l'auto-contrôle glycémique J
E- Les complications du diabète J



MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE

EXAMEN D'ENDOCRINOLOGIE/ 4 éme GROUPE

LE : [redacted]

Durée : 1H30 (11H30 – 13H00)

NOM :

PRENOM :

NOTE THEORIQUE :

NOTE PRATIQUE :

PARTIE THEORIQUE :

QUESTION 1 :

Concernant les critères diagnostiques du diabète sucré: Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Glycémie plasmatique à jeun à 2 reprises ≥1,26 g/L ✓
B- Une glycémie plasmatique aléatoire (n'importe quel moment de la journée) ≥ 1.40 g/L × associée à des signes cliniques d'hyperglycémie
C- Glycémie plasmatique à 2 h ≥ 1.4 g/L au cours d'une HGPO (75 g de glucose) ×
D- HbA1c ≥ 5.7% (hémoglobine glyquée) ×
E- Toutes les réponses sont justes. ×

QUESTION 2 :

A propos du diabète type 1 : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Représente le type le plus fréquent du diabète sucré ×
B- Physiopathologie auto-immune ✓
C- Le traitement médicamenteux repose sur les sulfamides hypoglycémiants ×
D- Le début est le plus souvent insidieux d'où le retard au diagnostic ×
E- Souvent au moment du diagnostic sont retrouvées les complications dégénératives ×

QUESTION 3 :

Cochez la ou les réponse(s) juste(s) concernant le diabète type 2 :

A- Une forme rare du diabète sucré ×
B- Mécanisme physiopathologique non encore élucidé ×
C- Le début est souvent brutal par une cétose diabétique ×
D- Souvent la prise en charge initiale repose sur les règles hygiéno-diététiques et biguanides ✓
E- Associé fréquemment à des pathologies auto-immunes ×

QUESTION 4 :

Les pathologies endocriniennes s'accompagnant d'un diabète sucré : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Acromégalie
B- Phéochromocytome
C- Insuffisance corticotrope
D- Glucagonome
E- Somatostatinome

QUESTION 5 :

Le diabète gestationnel : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Les valeurs retenues pour le diagnostic sont les mêmes que pour celles de la population générale
B- Définit par un diabète diagnostiqué au 2eme trimestre de la grossesse
C- Diagnostic du diabète gestationnel: si une de ces valeurs est positive: à jeun: $\geq$ 0.95g/L - 1 h: $\geq$ 1,80 g/L - 2 h: $\geq$ 1,53 g/L
D- Pas de complications vu que le plus souvent l'hyperglycémie est modérée
E- Le traitement nécessite toujours une insulinothérapie d'emblée

QUESTION 6 :

La métformine: cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Médicament antidiabétique oral stimulant l'insulinosecrétion
B- Contre indiqué en cas de grossesse et d'allaitement
C- Traitement de première intention chez le diabétique type 1 en l'absence de contre indication ou d'intolérance
D- Les effets secondaires sont surtout l'hypoglycémie et la prise de poids
E- Dose du médicament à ajuster voire à arrêter lors de l'altération de la fonction rénale

QUESTION 7 :

Le traitement médicamenteux du diabète type 2 peut reposer sur toutes ces classes thérapeutiques : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Les biguanides et les glitazones
B- Les sulfamides hypoglycémiants et glinides
C- Les gliptines
D- Les inhibiteurs des co-transporteurs sodium-glucose de type 2 (SGLT2)
E- L'insuline

QUESTION 8 :

L'insulinothérapie: Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Définitive indiquée chez le diabétique type 1 et en cas d'échec aux ADO
B- Les effets secondaires majeurs du traitement par insuline sont la prise de poids et l'hypoglycémie
C- Ne pas changer de sites d'injection d'insuline afin de prévenir les lipodystrophies
D- Les objectifs glycémiques à jeun, glycémies post prandiales ne sont pas les mêmes chez tous les patients.
E- L'insulinothérapie est contre indiqué en cas d'insuffisance hépatique et rénale

QUESTION 09 :

Le cancer vésiculaire de la thyroïde : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Est le plus fréquent des cancers différenciés de la thyroïde
B- Les métastases de ce cancer sont surtout ganglionnaires
C- Est de mauvais pronostic comparant au papillaire
D- Le traitement par la levothyroxine en post opératoire est à but seulement substitutif
E- L'irathérapie est un traitement souvent complémentaire de la thyroïdectomie totale

QUESTION 10 :

L'hirsutisme : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Est le principal signe révélateur de l'hyperandrogénie
B- Le SOPK est la cause la moins fréquente d'hirsutisme
C- En présence de signe de virilisation il faudrait rechercher une cause tumorale
D- Parmi les causes ovariennes on trouve le bloc en 21hydroylase dans sa forme tardive
E- Le traitement est surtout étiologique quand il est possible

QUESTION 11 :

Le syndrome de cushing : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- La prise du poids est un symptôme rare, et est de répartition gynoïde
B- Les signes cataboliques sont très spécifiques du syndrome de cushing
C- Les vergetures sont fines blanchâtres, bifides
D- Le diagnostic positif basé sur le dosage du cortisol après freinage fort
E- L'orientation du diagnostic étiologique se fait grâce au dosage de l'ACTH

QUESTION 12 :

Les adénomes hypophysaires : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Les adénomes sécrétants les plus fréquents sont : l'adénome corticotrope et l'adénome thyréotrope
B- Devant un macroadénome il faut rechercher systématiquement un syndrome tumoral : hypertension intracranienne, troubles visuels
C- Lors de l'exploration hormonale d'un macroadénome hypophysaire il faut rechercher uniquement l'insuffisance antéhypophysaire
D- Le traitement de première intention de l'adénome corticotrope est chirurgical
E- Le traitement de première intention d'un adénome lactotropre est médical

QUESTION 13 :

Concernant l'hyperprolactinémie : Cochez la ou le(s) réponse(s) juste(s)

A- Peut s'accompagner chez la femme d'une : aménorrhée galactorrhée
B- Chez l'homme la galactorrhée est pathognomonique mais rare
C- Toujours la confirmer par un autre dosage dans un autre laboratoire
D- Un taux de prolactine inférieur à 200 ng / ml est en faveur d'un macroprolactinome
E- Le traitement de première intention du macoprolctinome est chirurgical

QUESTION 14 :

L'hyperparathyroïdie primaire : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Correspond à une sécrétion de la PTH inappropriée à la calcémie
B- La cause la plus fréquente est l'hyperplasie des glandes parathyroïdiennes
C- Elle peut s'intégrer dans le cadre de néoplasies endocriniennes multiples
D- Le bilan de localisation repose essentiellement sur la TDM ou l'IRM parathyroïdienne
E- Le traitement chirurgical est l'adénomectomie si nodule parathyroïdien unique

QUESTION 15 :

L'hyperthyroïdie : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Est suspectée devant une symptomatologie de thyrotoxicose associant : une asthénie, une tachycardie, un amaigrissement, une thérmophobie
B- Dans l'hyperthyroïdie infraclinique la TSH est basse et FT4 et/ou FT3 élevées
C- La crise aigue thyrotoxique est une complication très fréquente de l'hyperthyroïdie
D- La maladie de Basedow est la cause la plus fréquente de l'hyperthyroïdie
E- Lors du traitement par les antithyroïdiens de synthèse il faut dépister une éventuelle hyperleucocytose par la surveillance de la FNS

QUESTION 16 :

Le syndrome de Kallmann De Morsier : Cochez la ou les répônse(s) juste(s)

A- S'accompagne d'un hypogonadisme hypergonadotrpe
B- S'accompagne d'un hypogonadisme hypogonadotrpe
C- S'accompagne d'une anosmie ou hyposmie ainsi que d'autres anomalies
D- Syndrome très fréquent chez la femme
E- La pathologie est secondaire à une anomalie du gène KAL à l'origine d'un défaut de migration des neurones à GnRH et des neurones olfactifs

QUESTION 17 :

Concernant la classification de FRIDRICKSON des dyslipoproteinémies : entourez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Le type 1 est une élévation des chylomicrons
B- Les types 4 et 5 s'accompagnent d'hypercholestéromlémie
C- La type 2A est une hypertriglycéridémie pure.
D- La type 3 est une élévation des VLDL
E- La classification en phénotypes repose sur les données de l'électrophorèse

QUESTION 18 :

La céto-acidose diabétique est définie par : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Une hyperglycémie ≥ à 2.5 g/l

B- Cétonémie et/ou cétonurie positives

C- PH veineux < 7,25 ou artériel < 7,30 témoignant d'une acidose

D- Réserves alcalines < 15 mmol/l

E- Ne se voit jamais chez le diabétique type 2

QUESTION 19 :

La prise en charge de la céto-acidose diabétique repose sur : Cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Hospitalisation toujours en unité de soins intensifs

B- La correction des troubles hydro-électrolytiques

C- Insulinothérapie d'emblée par voie sous cutanée

D- Le traitement du facteur déclenchant si présent

E- La surveillance clinico-biologique: TA, bandelette urinaire, glycémie capillaire,......

QUESTION 20 :

Le coma hyper-osmolaire : cochez la ou les réponse(s) juste(s)

A- Est défini par une hyperglycémie ≥ à 2.5 g/L

B- Est défini par une osmolalité sup à 200 m osmol/kg

C- Est défini par la présence d'une acidose importante

D- Est une complication qui se voit sur un terrain particulier chez le DT1

E- La prise en charge repose principalement sur la correction des troubles hydro-électrolytiques, l'insulinothérapie appropriée et les mesures générales (soins de nursing,...)

QUESTION 21 :

L'hypoglycémie du diabétique : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Fréquente chez le DT1 mais grave chez le DT2

B- Le ressucrage chez un diabétique inconscient se fait par voie orale

C- Le ressucrage chez un diabétique conscient se fait par voie parentérale

D- Risque de récidive lors de l'hypoglycémie induite par les sulfamides hypoglycémiants

E- Toujours expliquer au patient la conduite à tenir devant une hypoglycémie lors de la prescription d'un médicament hypoglycémiant

QUESTION 22 :

Cochez la ou les anomalie(s) biologique(s) retrouvée(s) au cours de l'hypothyroïdie :

A- TSH basse, normale ou élevée et FT4 basse dans l'hypothyroïdie centrale

B- Hypercholestérolémie en cas d'hypothyroïdie patente

C- Augmentation des enzymes musculaires (CPK) par infiltration des fibres musculaires.

D- Hyponatrémie de dilution.

E- Polyglobulie

QUESTION 23 :

L'insuffisance surrénalienne : Cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

A- La présence d'une mélanodermie oriente vers le diagnostic de l'insuffisance surrénalienne secondaire (centrale)

B- L'insuffisance surrénalienne aigue est une extrême urgence thérapeutique

C- Lors du traitement d'une insuffisance surrénalienne centrale (corticotrope) la supplémentation en minéralocorticoïdes est indispensable

D- La symptomatologie d'une insuffisance surrénalienne chronique associe une hypertension artérielle, asthénie, amaigrissement

E- L'éducation thérapeutique est un point indispensable de la prise en charge

QUESTION 24 :

L'hypocalcémie : Cocher la ou les réponse(s) fausse(s)

A- Tableau clinico-biologique définit par une calcémie < 85mg/l

B- La prise en charge repose principalement sur une supplémentation calcique et en vitamine D ou ses dérivés

C- La chirurgie thyroïdienne et/ou parathyroïdienne est une cause classique de l'hypoparathyroïdie

D- L'hypoparathyroïdie auto-immune peut rentrer dans le cadre de poly-endocrinopathie auto-immune (PEA)

E- Lors d'une hypocalcémie symptomatique ou sévère le traitement se fera par voie parentérale.

QUESTION 25 :

Le diabète insipide : Cochez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Se manifeste par un syndrome polyuro-polydipsique avec urines hyperosmolaires

B- L'IRM hypothalamo-hypophysaire est réalisée en première intention lors de l'enquête étiologique du diabète insipide

C- Lors du diabète insipide central y'a la présence de l'hypersignal spontané de la post hypophyse

D- L'hypercalcémie, l'hypokaliémie peuvent s'accompagner d'un diabète insipide néphrogénique

E- La prise en charge de la potomanie repose sur l'épreuve de déconditionnement

QUESTION 26 :

Concernant l'obésité : Cochez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Définit par un excès de masse grasse se traduisant par une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC), supérieure ou égale à 25 kg/m2

B- L'obésité abdominale augmente le risque de diabète de type 2

C- Parmi les obésités monogéniques on trouve la mutation du gène de la leptine ou de son récepteur

D- Le traitement des complications est un objectif primordial quelle que soit l'évolution pondérale

E- La chirurgie bariatrique est indiquée indépendamment du niveau de l'IMC

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

EXAMEN D'ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE

1ere session, le [redacted]

Durée : 1H30min

NOM :

PRENOM :

PARTIE THEORIQUE:

1- Citer les différents critères diagnostiques d'un diabète sucré ?

1 -
2 -
3 - HBA1c ≥ 6,5 %.
4 - HBPO ≥ 2g/l à T2.

2-Quels sont les différents auto-anticorps spécifiques de la réaction humorale àrechercher pourconforter l'étiopathogénie auto-immune d'un diabète sucré ?

- Ac anti GAD - x ⊕ ds 90% des cas ds DT1.
- Ac anti IA2
- " " îlots x
- " " insuline x
- " " proinsuline.
- " " ZnT8

x: Dosage en pratique courante -

3- Citer les 2 types d'anomalies de l'insulinosécrétion chez le diabétique type 2 ?

- quantitative : insulino pénie
- qualitative.

4- Citer 06 étiologies endocriniennes d'un diabète sucré secondaire ?

- Sde de Cushing
- Hyper aldostéronisme primaire
- Acromégalie.
- Hyperthyroïdie
- Hyper parathyroïdie
- Tm pancréatique : glu
- phéochromocytome.

5- Quelle est la définition d'un diabète sucré gestationnel ?

hyperglycémie au cours de la Gsse sans parler de son évolution après l'accouchement.

$GAJ < 0,92 g/l$ à T1. sinon : diabète gestationnel.

6-Citer 2 médicaments antidiabétiques sans risque hypoglycémique ?

- Metformine central ↗ insulino sensibilisateur
- Glycazone. périphérique
- Incrétine. → gliptine : dégradation du GLP1. → analogue du GLP1.

7- Concernant l'hypoglycémie du diabétique : entourez la ou les réponse(s) juste(s)

✗ A- Sa correction se fait par injection IM/SC du glucagon chez un patient conscient. inconscient

✗ B- Sa correction se fait par ingestion de 15-20 g de glucides per-os chez un patient inconscient.

✗ C- Sa correction se fait par injection en IVL de 3-4 ampoules de sérum glucosé (SG) 30% à la phase aiguë chez un patient conscient.

✓ D- Il faut toujours rechercher un facteur déclenchant

8-Au cours d'une hypoglycémie lors d'une épreuve de jeune on dose dans le sang :

Encerclez la ou les réponse(s) juste(s)

✓ A- Glucose
✓ B- Insuline } pour l'étiologie
✓ C- peptide C
D- Glucagon

3 profils.

9-Quel est le bilan minimal du dépistage de l'atteinte neurologique, à réaliser régulièrement chez le diabétique?

- Examen neurologique NL.
- Examen des pieds DN 4.
- recherche de l'hypotension orthostatique.

10- Définition des 3 grades de l'obésité ? 18 → 2(NL ≥30 obésité

-
-
- BMI > 40 : obésité morbide.

11- Citer 4 circonstances diagnostiques d'un cancer thyroïdien ?

- Nodule suspect
- Metastase locale ou à distance.
- de couverte fortuite
- masse cervicale volumineuse

12- Comment titrer (ajuster) la dose de l'insuline basale ?

par rapport à la glycémie à jeun

13-Quelles sont les indications de l'insulinothérapiedéfinitive :

Encerclez la ou les réponse(s) juste(s)

✓ A- Diabète sucré de type 1.
✗ B- Lors de la grossessechez une diabétique type 2 traitée antérieurement par les ADO.
✗ C- Infection sévère chez le diabétique.
✓ D- Echec aux ADO (antidiabétiques oraux).

14-Citez les 2 effets indésirables majeurs de l'insulinothérapie ?

- Hypoglycémie et la ~~prise de poids~~.
- prise de poids

15-Citer les 4 principes de la pises en charge de la céto-acidose diabétique en dehors (en plus) de l'hospitalisation ?

- correction des TBL hydro electrolytique.
- ~~0,1 g/l~~ u/kg/h en seringue electrique ou 10 UI en IVD jusqu'à ⊖ des corps cetonique puis l'insulinotherap en s/c.
- rechercher un FD.
- surveillance clinique et biologique - morphologique.

16- Concernant le Syndrome d'hyperglycémie hyperosmolraire (le coma hyperosmolaire) :

Encerclez la ou les réponse(s) fausse(s)

✓ A- Hyperglycémie supérieure ou = 6g/l

✗ B- Osmolarité plasmatique inférieure (sup) à 320-350 m osmol/kg

✗ C-PH inférieur à 7,3 et HCO3- inférieure à 15 mmol/l

✗ D-Absence de cétose

état mixte si au cetose.

physiopath +++.

17- Citer les 3 principes de prise en charge d'un cancer thyroïdien différencié dérivé de cellules vésiculaires ?

- Thyroïdectomie totale +/- curage ggaire
- ou Iratherapie (trt metabolique sans Iode)
- trt curateur substitutif par levo thyrox.

opothérapie
hormonothérapie

18- Quel est le dosage hormonal spécifique à réaliser devant un nodule thyroïdien suspect de cancer médullaire de la thyroïde ?

- calcitonine
- ~~ACE~~

19- Citer 3 étiologies d'hirsutisme d'origine surrénalienne ?

- corticosurrénalome (Tm maligne)
- Bloc enzymatique 21 hydroxylase (dg ≠ au SOPK). → dosage la 17 OHP.
  - <2 => NL
  - >10 => dg (+)
  - 2 → 10 => test a synact
- S de cushing ou 11 β hydroxylase (rare).

20- Concernant le syndrome de Turner

A/ Citer les 2 caractéristiques phénotypiques les plus fréquentes de ce syndrome ?

- visage un peu rond
- palmures du cou rejoignant les epaules
- nævus naevi sur la peau.
- petite taille
- IOP (insuffisance ovarienne prématurée)

B/ Quelle est la formule chromosomique la plus fréquente retrouvée au caryotype lors de ce syndrome ?

45, XO

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE
EXAMEN D'ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE
1ére session, le [redacted]

NOM :

PRENOM :

PARTIE PRATIQUE:

1- Comment interpréter l'IPS (index de pression systolique) chez le diabétique ?

on prend les plus élevés

TA cheville / TA humérale

< 0,9 → obstruction

> 1,3 → médiacalcose

-
-
-

2- Citer 2 causes endocriniennes d'ostéoporose ?

- hyperThyroïdie - hyperparaT
- S de cushing . hypogonadisme - DT 1.

3- Quel est le bilan minimal (biologique et morphologique) à réaliser devant un nodule thyroïdien ?

- Biologique :
- - TSH
- - TCT

morphologique
Echographie

4- Citer 2 intérêts de l'examen des organes génitaux externes du nouveau-né et de l'enfant ?

- depister des anomalies ∝
- ectopie testiculaire
- micro penis (hypogonadisme . ou deficit en GH) ∝

∝ : les plus importante.

5-Quel est le bilan biologique minimal à réaliser devant une aménorrhée ?

- dosage de β-HCG.
- test a la progesterone
- FSH - LH - prolactine - β. oestradiol.

6- Quel est le bilan minimal à demander devant une gynécomastie ?

—

(8)

7- Quel est le premier signe du développement pubertaire chez le garçon et chez la fille ?

♀	♂
- Augmentation du volume des glandes mammaire (8 → 13 ans)	- Augmentation du volume testiculaire (9 → 14 ans)

8-En pratique quelles sont les 2 principales étiologies de l'hyperaldostéronisme primaire ?

- Adenome de Conn (glomerulé de la surrenale).
- Hyperplasie bilat de la glomerulo surren

9-Quelles sont les 2pathologies à éliminer systématiquement devant un incidentalome surrénalien ?

de couverte fortuite d' masse surrenale.

- Adenome cortisolique
- Pheochromocytome.

10- concernant le phéochromocytome

A/Citer la triade caractéristique ?

Triade de MENARD { cephalées, sueurs, palpitations }

B/ Quel est le bilan hormonal à réaliser devant la suspicion de cette pathologie ?

- dosage des dérivés methoxylés.

↳ { - Metanéphrine. - Normenephrine - Dopamine }

creatininurie.

11-Citer 3 manifestations de la neuropathie végétative digestive à rechercher systématiquement chez lediabétique ?

{ - gastroparesie
- oeso ч
- neuropathie intestinale }

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

ENSEIGNEMENT DE LA 5E ANNEE

EXAMEN D'ENDOCRINOLOGIE/ 2ème GROUPE

LE : 07/02/2019

Durée : 1H30 (14H30 – 16H00)

NOM : PRENOM :

NOTE THEORIQUE : NOTE PRATIQUE :

PARTIE THEORIQUE :

QUESTION 1 :

Interprétez les résultats des bilans biologiques suivants et convertissez la dernière valeur :

- HbA1c : 6.6% ---diabète -
- Glycémie à jeu : 1.27g/l -----
- Glycémie à jeun normale et à T2h de l'HGPO à 1.9 g/l: intolérance au glucose -
- Glycémie à jeun à 1,2 g/l et glycémie à T2h HGPO 1.3g/l : hyperglycémie modérée à jeun.
- Glycémie à jeun 0.99 g/l :
- Glycémie : 11 mmol/l = g/l 1g → 5,5 mmol.

QUESTION 2 :

Quelles sont les 2 principales anomalies physiopathologiques du diabète de type 2 ?

- Facteurs génétiques
- " environnementaux.

} Insulinorésistance & perte.

QUESTION 3 :

Citer 2 étiologies de diabète secondaire à une pancréatopathie (maladie du pancréas exocrine) ?

- P. chronique calcifiante.
- Hemochromatose
- Kc du P
- P aigue
- pancreatectomie
- P fibro-calculeuse.
- mucoviscidose.

QUESTION 4 :

Citez 2 médicaments diabétogènes (diabète induit par les médicaments)

-

-

QUESTION 5:

Citer les seuils diagnostiques du diabète gestationnel (à jeun et cours de l'HGPO)?

T0h : g/l ≥ 0,92g/l.

T1h : g/l ≥ 1,8 g/l

T2h : g/l ≥ 1,53 g/l

T1 = ≥ 1.26g/l

→ 1.26 : diabète gestat

HGPO a 24-28

QUESTION 6:

Citer 2 classes thérapeutiques d'antidiabétiques oraux stimulant l'insulinosécrétion?

- sulfamides hypoglycémiants
- glinides
- incrétine..

QUESTION 7:

Citer 2 indications d'insulinothérapie temporaire ?

- infection.
- situation intercurrente : IDR.
- corti

0,6 g/l = 3,3 mmol/l

QUESTION 8:

Citer les critères diagnostiques du syndrome d'hyperglycémie hyperosmolaire (coma hyperosmolaire) ?

- [illegible] ≥ 6 g/l
- Abs de cétose
- Abs de l'acidose
- Osm totale > 230 – 300 mosmol/l

QUESTION 9 :

Citer la triade diagnostique de l'hypoglycémie chez le non diabétique (triade de whipple)?

- glycémie < [illegible] g/L
- Réponse au re Rx
-

QUESTION 10:

Quels sont les 2 principaux facteurs influençant la survenue des complications dégénératives du diabète sucré ?

- Déséquilibre du diabète.
- Ancienneté d'évolution du diabète.

QUESTION 11:

Concernant la classification de FRIDRICKSON des dyslipoproteinémies : entourez la ou les réponse (s) juste (s) :

a- Le type 1 est une élévation des chylomicrons.

b- Les types 4 et 5 s'accompagnent d'hypercholestérolémie majeure.

c- Le type 2A est une hypertriglycéridémie pure.

d- La classification en phénotypes repose sur les données de l'électrophorèse.

1-4-5 hyper TG -
2-3 hypercholestérolémie

QUESTION 12 :

Concernant les cancers différenciés de la thyroïde : entourez la ou les réponse(s) fausse(s)

✓ a- Le cancer papillaire a un aspect caractéristique du noyau en verre dépoli.
✗ b- L e cancer papillaire est de très mauvais pronostic comparativement au vésiculaire.
✗ c- Le cancer vésiculaire a une diffusion lymphatique dominante.
✗ d- Le cancer vésiculaire est un cancer non hormonodépendant.

QUESTION 13:

Concernant le cancer médullaire de la thyroïde : entourez la ou les réponses juste(s)

✓ a- Le dosage de la thyrocalcitonine est d'un grand apport pour le diagnostic positif.
✗ b- Il ne rentre jamais dans le cadre de pathologie familiale.
✓ c- La prise en charge repose sur la thyroïdectomie totale associée au curage ganglionnaire systématique.
✓ d- Le traitement par la levothyroxine est prescrit principalement à but frénateur car cancer hormonodépendant.

QUESTION 14 :

Quel est l'examen morphologique de première intention à réaliser lors du diabète insipide ?

IRM hypothalamo hypophysaire
à la recherche de la disparition de l'H hyp

QUESTION 15:

Citez les 4 effets secondaires de la supplémentation en iode ?

- cancer de la thyroïde de bon pronostic
- thyroïdites.
- hyperthyroïdie
- hypothyroïdie

QUESTION 16 :

Concernant le syndrome des ovaires polykystiques SOPK : entourez la ou le(s) réponses juste(s)

a- Est une étiologie rare de l'hirsutisme.

b- Son diagnostic est basé sur la présence de 2 de ces éléments suivants : oligo et/ ou anovulation, hyperandrogénie clinique et /ou biologique, signes échographiques évocateurs.

c- C'est un diagnostic d'élimination (après exclusion des diagnostics ayant une présentation clinique similaire par exemple syndrome de cushing).

d- L'hyperthécose ovarienne est une forme sévère de SOPK.

QUESTION 17:

Concernant le syndrome de cushing ; entourez la ou les réponse(s) juste(s)

a- Le freinage minute permet la certitude diagnostique du syndrome de cushing.

b- Un taux du cortisol plasmatique après freinage faible inférieur à 50 nmol/l est en faveur d'un syndrome de cushing.

c- La cause la plus fréquente du syndrome de cushing ACTH dépendant est le syndrome de cushing paranéoplasique.

d- Le test de freinage fort à la dexaméthasone est utilisé dans le diagnostic étiologique du syndrome de cushing.

QUESTIONS 18:

Concernant l'hyperparathyroïdie : cochez la ou les réponse(s) juste(s)

a- La PTH est une hormone hypocalcémiante.

b- Le profil biologique d'une hyperparathyroïdie primaire est le suivant : hypercalcémie, hypercalciurie, hypophosphorémie, PTH élevée.

b- Le carcinome parathyroïdien est la cause la plus fréquente de l'hyperparathyroïdie primaire.

b- Les étiologies les plus fréquentes de l'hyperparathyroïdie secondaire sont : la carence en vit D et l'insuffisance rénale.

QUESTION 19 :

Concernant l'hyperthyroïdie : cochez la ou les réponse(s) fausse(s)

✓ a- La maladie de Basedow est la cause la plus fréquente.

✓ b- Dans l'hyperthyroïdie périphérique la TSHus est freinée et la FT4 est élevée

✓ c- Lors du traitement par les antithyroïdiens de synthèse il faut rechercher l'éventuelle agranulocytose immuno-allergique.

✓ d- Le traitement radical de certaines étiologies peut faire appel à l'irathérapie (I131) ou à la chirurgie thyroïdienne.

QUESTION 20 :

Citez les 2 types d'adénomes hypophysaires sécrétants les plus fréquents ?

- prolactinome
- adénome somatotrope.

QUESTION 21 :

Quels sont les 3syndromes cliniques à rechercher systématiquement devant un adénome hypophysaire ?

- secrétant ou pas.
- atteinte des autres lignées.
- retentissement

QUESTION 22 :

Quels sont les 2 effets souhaités du traitement par les agonistes dopaminergiques d'un prolactinome ?

- effet tumoricide
- inhiber la sécrétion de prolactine